

Formulaire Global-PPS à remplir pour les patients ambulatoires vus dans l'unité/salle et qui ne sont pas sous antimicrobiens pendant la période de l'enquête.

Nom/code de l'unité		Nom/code de la pièce au sein de l'unité		Symptômes présentés ou motif de consultation le jour de l'enquête (cocher si présent, choix multiple, max. 6 choix)	Statut d'admission
Pat ID sequential N°	N° de l'enquête	Sex (H, F, U)	Groupe d'âge ≥18 yrs, ≤17 yrs, Neonate		
				<input type="checkbox"/> Fièvre >=38.3°C/>=101°F <input type="checkbox"/> Fièvre sub-febrile temperature (<38.3°C/<101°F) <input type="checkbox"/> Éternuements/congestion nasale <input type="checkbox"/> Nez qui coule ou bouché <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Maux de gorge <input type="checkbox"/> Dyspnée, difficultés respiratoires <input type="checkbox"/> Douleurs musculo-squelettiques <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Fatigue/léthargie <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie <input type="checkbox"/> Douleurs auriculaires <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Diarrhée sanglante <input type="checkbox"/> Miction douloureuse/fréquente <input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Nausées/vomissements <input type="checkbox"/> Lésion cutanée/tache/plaie <input type="checkbox"/> Démangeaisons ou autres symptômes des organes génitaux/anus <input type="checkbox"/> Autre(s) symptôme(s) <input type="checkbox"/> Inconnu(s) <input type="checkbox"/> Aucun, autre raison (par ex. prophylaxie)	<input type="checkbox"/> Déjà admis <input type="checkbox"/> Admission présumée <input type="checkbox"/> Orientation vers autre institution <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> UNK
				<input type="checkbox"/> Fièvre >=38.3°C/>=101°F <input type="checkbox"/> Fièvre sub-febrile temperature (<38.3°C/<101°F) <input type="checkbox"/> Éternuements/congestion nasale <input type="checkbox"/> Nez qui coule ou bouché <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Maux de gorge <input type="checkbox"/> Dyspnée, difficultés respiratoires <input type="checkbox"/> Douleurs musculo-squelettiques <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Fatigue/léthargie <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie <input type="checkbox"/> Douleurs auriculaires <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Diarrhée sanglante <input type="checkbox"/> Miction douloureuse/fréquente <input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Nausées/vomissements <input type="checkbox"/> Lésion cutanée/tache/plaie <input type="checkbox"/> Démangeaisons ou autres symptômes des organes génitaux/anus <input type="checkbox"/> Autre(s) symptôme(s) <input type="checkbox"/> Inconnu(s) <input type="checkbox"/> Aucun, autre raison (par ex. prophylaxie)	<input type="checkbox"/> Déjà admis <input type="checkbox"/> Admission présumée <input type="checkbox"/> Orientation vers autre institution <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> UNK
				<input type="checkbox"/> Fièvre >=38.3°C/>=101°F <input type="checkbox"/> Fièvre sub-febrile temperature (<38.3°C/<101°F) <input type="checkbox"/> Éternuements/congestion nasale <input type="checkbox"/> Nez qui coule ou bouché <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Maux de gorge <input type="checkbox"/> Dyspnée, difficultés respiratoires <input type="checkbox"/> Douleurs musculo-squelettiques <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Fatigue/léthargie <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie <input type="checkbox"/> Douleurs auriculaires <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Diarrhée sanglante <input type="checkbox"/> Miction douloureuse/fréquente <input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Nausées/vomissements <input type="checkbox"/> Lésion cutanée/tache/plaie <input type="checkbox"/> Démangeaisons ou autres symptômes des organes génitaux/anus <input type="checkbox"/> Autre(s) symptôme(s) <input type="checkbox"/> Inconnu(s) <input type="checkbox"/> Aucun, autre raison (par ex. prophylaxie)	<input type="checkbox"/> Déjà admis <input type="checkbox"/> Admission présumée <input type="checkbox"/> Orientation vers autre institution <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> UNK
				<input type="checkbox"/> Fièvre >=38.3°C/>=101°F <input type="checkbox"/> Fièvre sub-febrile temperature (<38.3°C/<101°F) <input type="checkbox"/> Éternuements/congestion nasale <input type="checkbox"/> Nez qui coule ou bouché <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Maux de gorge <input type="checkbox"/> Dyspnée, difficultés respiratoires <input type="checkbox"/> Douleurs musculo-squelettiques <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Fatigue/léthargie <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie <input type="checkbox"/> Douleurs auriculaires <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Diarrhée sanglante <input type="checkbox"/> Miction douloureuse/fréquente <input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Nausées/vomissements <input type="checkbox"/> Lésion cutanée/tache/plaie <input type="checkbox"/> Démangeaisons ou autres symptômes des organes génitaux/anus <input type="checkbox"/> Autre(s) symptôme(s) <input type="checkbox"/> Inconnu(s) <input type="checkbox"/> Aucun, autre raison (par ex. prophylaxie)	<input type="checkbox"/> Déjà admis <input type="checkbox"/> Admission présumée <input type="checkbox"/> Orientation vers autre institution <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> UNK
				<input type="checkbox"/> Fièvre >=38.3°C/>=101°F <input type="checkbox"/> Fièvre sub-febrile temperature (<38.3°C/<101°F) <input type="checkbox"/> Éternuements/congestion nasale <input type="checkbox"/> Nez qui coule ou bouché <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Maux de gorge <input type="checkbox"/> Dyspnée, difficultés respiratoires <input type="checkbox"/> Douleurs musculo-squelettiques <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Fatigue/léthargie <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie <input type="checkbox"/> Douleurs auriculaires <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Diarrhée sanglante <input type="checkbox"/> Miction douloureuse/fréquente <input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Nausées/vomissements <input type="checkbox"/> Lésion cutanée/tache/plaie <input type="checkbox"/> Démangeaisons ou autres symptômes des organes génitaux/anus <input type="checkbox"/> Autre(s) symptôme(s) <input type="checkbox"/> Inconnu(s) <input type="checkbox"/> Aucun, autre raison (par ex. prophylaxie)	<input type="checkbox"/> Déjà admis <input type="checkbox"/> Admission présumée <input type="checkbox"/> Orientation vers autre institution <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> UNK
				<input type="checkbox"/> Fièvre >=38.3°C/>=101°F <input type="checkbox"/> Fièvre sub-febrile temperature (<38.3°C/<101°F) <input type="checkbox"/> Éternuements/congestion nasale <input type="checkbox"/> Nez qui coule ou bouché <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Maux de gorge <input type="checkbox"/> Dyspnée, difficultés respiratoires <input type="checkbox"/> Douleurs musculo-squelettiques <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Fatigue/léthargie <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie <input type="checkbox"/> Douleurs auriculaires <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Diarrhée sanglante <input type="checkbox"/> Miction douloureuse/fréquente <input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Nausées/vomissements <input type="checkbox"/> Lésion cutanée/tache/plaie <input type="checkbox"/> Démangeaisons ou autres symptômes des organes génitaux/anus <input type="checkbox"/> Autre(s) symptôme(s) <input type="checkbox"/> Inconnu(s) <input type="checkbox"/> Aucun, autre raison (par ex. prophylaxie)	<input type="checkbox"/> Déjà admis <input type="checkbox"/> Admission présumée <input type="checkbox"/> Orientation vers autre institution <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> UNK

Formulaire Global-PPS à remplir pour les patients ambulatoires vus dans l'unité/salle et qui ne sont pas sous antimicrobiens pendant la période de l'enquête.

Nom/code de l'unité		Nom/code de la pièce au sein de l'unité		Symptômes présentés ou motif de consultation le jour de l'enquête (cocher si présent, choix multiple, max. 6 choix)	Statut d'admission
Pat ID sequential N°	N° de l'enquête	Sex (H, F, U)	Groupe d'âge ≥18 yrs, ≤17 yrs, Neonate		
				<input type="checkbox"/> Fièvre >=38.3°C/>=101°F <input type="checkbox"/> Fièvre sub-febrile temperature (<38.3°C/<101°F) <input type="checkbox"/> Éternuements/congestion nasale <input type="checkbox"/> Nez qui coule ou bouché <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Maux de gorge <input type="checkbox"/> Dyspnée, difficultés respiratoires <input type="checkbox"/> Douleurs musculo-squelettiques <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Fatigue/léthargie <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie <input type="checkbox"/> Douleurs auriculaires <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Diarrhée sanglante <input type="checkbox"/> Miction douloureuse/fréquente <input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Nausées/vomissements <input type="checkbox"/> Lésion cutanée/tache/plaie <input type="checkbox"/> Démangeaisons ou autres symptômes des organes génitaux/anus <input type="checkbox"/> Autre(s) symptôme(s) <input type="checkbox"/> Inconnu(s) <input type="checkbox"/> Aucun, autre raison (par ex. prophylaxie)	<input type="checkbox"/> Déjà admis <input type="checkbox"/> Admission présumée <input type="checkbox"/> Orientation vers autre institution <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> UNK
				<input type="checkbox"/> Fièvre >=38.3°C/>=101°F <input type="checkbox"/> Fièvre sub-febrile temperature (<38.3°C/<101°F) <input type="checkbox"/> Éternuements/congestion nasale <input type="checkbox"/> Nez qui coule ou bouché <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Maux de gorge <input type="checkbox"/> Dyspnée, difficultés respiratoires <input type="checkbox"/> Douleurs musculo-squelettiques <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Fatigue/léthargie <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie <input type="checkbox"/> Douleurs auriculaires <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Diarrhée sanglante <input type="checkbox"/> Miction douloureuse/fréquente <input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Nausées/vomissements <input type="checkbox"/> Lésion cutanée/tache/plaie <input type="checkbox"/> Démangeaisons ou autres symptômes des organes génitaux/anus <input type="checkbox"/> Autre(s) symptôme(s) <input type="checkbox"/> Inconnu(s) <input type="checkbox"/> Aucun, autre raison (par ex. prophylaxie)	<input type="checkbox"/> Déjà admis <input type="checkbox"/> Admission présumée <input type="checkbox"/> Orientation vers autre institution <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> UNK
				<input type="checkbox"/> Fièvre >=38.3°C/>=101°F <input type="checkbox"/> Fièvre sub-febrile temperature (<38.3°C/<101°F) <input type="checkbox"/> Éternuements/congestion nasale <input type="checkbox"/> Nez qui coule ou bouché <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Maux de gorge <input type="checkbox"/> Dyspnée, difficultés respiratoires <input type="checkbox"/> Douleurs musculo-squelettiques <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Fatigue/léthargie <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie <input type="checkbox"/> Douleurs auriculaires <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Diarrhée sanglante <input type="checkbox"/> Miction douloureuse/fréquente <input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Nausées/vomissements <input type="checkbox"/> Lésion cutanée/tache/plaie <input type="checkbox"/> Démangeaisons ou autres symptômes des organes génitaux/anus <input type="checkbox"/> Autre(s) symptôme(s) <input type="checkbox"/> Inconnu(s) <input type="checkbox"/> Aucun, autre raison (par ex. prophylaxie)	<input type="checkbox"/> Déjà admis <input type="checkbox"/> Admission présumée <input type="checkbox"/> Orientation vers autre institution <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> UNK
				<input type="checkbox"/> Fièvre >=38.3°C/>=101°F <input type="checkbox"/> Fièvre sub-febrile temperature (<38.3°C/<101°F) <input type="checkbox"/> Éternuements/congestion nasale <input type="checkbox"/> Nez qui coule ou bouché <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Maux de gorge <input type="checkbox"/> Dyspnée, difficultés respiratoires <input type="checkbox"/> Douleurs musculo-squelettiques <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Fatigue/léthargie <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie <input type="checkbox"/> Douleurs auriculaires <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Diarrhée sanglante <input type="checkbox"/> Miction douloureuse/fréquente <input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Nausées/vomissements <input type="checkbox"/> Lésion cutanée/tache/plaie <input type="checkbox"/> Démangeaisons ou autres symptômes des organes génitaux/anus <input type="checkbox"/> Autre(s) symptôme(s) <input type="checkbox"/> Inconnu(s) <input type="checkbox"/> Aucun, autre raison (par ex. prophylaxie)	<input type="checkbox"/> Déjà admis <input type="checkbox"/> Admission présumée <input type="checkbox"/> Orientation vers autre institution <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> UNK
				<input type="checkbox"/> Fièvre >=38.3°C/>=101°F <input type="checkbox"/> Fièvre sub-febrile temperature (<38.3°C/<101°F) <input type="checkbox"/> Éternuements/congestion nasale <input type="checkbox"/> Nez qui coule ou bouché <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Maux de gorge <input type="checkbox"/> Dyspnée, difficultés respiratoires <input type="checkbox"/> Douleurs musculo-squelettiques <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Fatigue/léthargie <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie <input type="checkbox"/> Douleurs auriculaires <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Diarrhée sanglante <input type="checkbox"/> Miction douloureuse/fréquente <input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Nausées/vomissements <input type="checkbox"/> Lésion cutanée/tache/plaie <input type="checkbox"/> Démangeaisons ou autres symptômes des organes génitaux/anus <input type="checkbox"/> Autre(s) symptôme(s) <input type="checkbox"/> Inconnu(s) <input type="checkbox"/> Aucun, autre raison (par ex. prophylaxie)	<input type="checkbox"/> Déjà admis <input type="checkbox"/> Admission présumée <input type="checkbox"/> Orientation vers autre institution <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> UNK
				<input type="checkbox"/> Fièvre >=38.3°C/>=101°F <input type="checkbox"/> Fièvre sub-febrile temperature (<38.3°C/<101°F) <input type="checkbox"/> Éternuements/congestion nasale <input type="checkbox"/> Nez qui coule ou bouché <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Maux de gorge <input type="checkbox"/> Dyspnée, difficultés respiratoires <input type="checkbox"/> Douleurs musculo-squelettiques <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Fatigue/léthargie <input type="checkbox"/> Crises d'épilepsie <input type="checkbox"/> Douleurs auriculaires <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Diarrhée sanglante <input type="checkbox"/> Miction douloureuse/fréquente <input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Nausées/vomissements <input type="checkbox"/> Lésion cutanée/tache/plaie <input type="checkbox"/> Démangeaisons ou autres symptômes des organes génitaux/anus <input type="checkbox"/> Autre(s) symptôme(s) <input type="checkbox"/> Inconnu(s) <input type="checkbox"/> Aucun, autre raison (par ex. prophylaxie)	<input type="checkbox"/> Déjà admis <input type="checkbox"/> Admission présumée <input type="checkbox"/> Orientation vers autre institution <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> UNK